

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 2049

Vragen van het lid **Dobbe** (SP) aan de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat de lagere vergoeding vanuit de zorgverzekeraars leidt tot de sluiting van hospices* (ingezonden 1 april 2025).

Antwoord van Staatssecretaris **Maeijer** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport ) (ontvangen 24 april 2025).

#### Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht dat de lagere vergoeding vanuit de zorgverzekeraars leidt tot de sluiting van hospices?<sup>1, 2</sup>

#### Antwoord 1

Goede palliatieve zorg vind ik heel belangrijk, juist ook in de stervensfase. Het werk dat in hospices wordt verricht is van onschatbare waarde. In de laatste fase van het leven is het belangrijk dat mensen goede zorg krijgen die bij hen past. Daarom heeft dit kabinet in het regeerprogramma opgenomen dat palliatieve en terminale zorg een vanzelfsprekend onderdeel moeten zijn van reguliere zorg.

Het bericht dat de lagere vergoeding vanuit de zorgverzekeraars leidt tot de sluiting van hospices heeft ook mij bereikt. In mijn brief van 14 maart jl.<sup>3</sup> heb ik aangegeven dat ik zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en branches heb uitgenodigd om de tafel te gaan om te bezien wat hier nu precies aan de hand is en in hoeverre dit een gerichte oplossing vraagt. Die gesprekken zijn nu gaande. In mijn brief van 14 maart jl. heb ik toegezegd de Tweede Kamer over de uitkomst van die gesprekken te berichten.

#### Vraag 2

Waarop is het besluit van de zorgverzekeraars om de tarieven voor hospices te verlagen gebaseerd?

<sup>1</sup> Skipr, 31 maart 2025, <https://www.skipr.nl/nieuws/lagere-vergoeding-zorgverzekeraars-leidt-tot-sluiting-hospices/>

<sup>2</sup> EenVandaag, 29 maart 2025, <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/voortbestaan-tientallen-hospices-onzeker-vanwege-bezuinigingen-door-zorgverzekeraars-we-moeten-juist-zuinig-zijn-op-die-bedden/>

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 2024–2025, 29 509, nr. 94.

## Antwoord 2

Afgelopen jaar hebben de branchepartijen en beroepsgroepen betrokken bij de hospicezorg gezamenlijk gekeken naar een nieuwe financiering van de hospicezorg. Hierbij is op grond van een duiding van het Zorginstituut Nederland een onderscheid gemaakt tussen 1) High Care Hospices (HCH) en palliatieve units en 2) Bijna Thuis Huizen (BTH's). Dit heeft tot de volgende wijzigingen geleid.

### **HCH**

High care hospices factureerden in 2024 per individuele indicatie van een klant. Per 2025 vallen zij onder het integraal dagtarief ELV PTZ (eerstelijnsverblijf palliatieve terminale zorg). Het ELV PTZ maximumtarief 2024 was € 407,92; in 2025 is dit maximumtarief € 589,14 geworden, een stijging van ruim 44%.

Het maximumtarief voor de ELV PTZ is gebaseerd op het normatieve element van 6,6 uur verpleging en verzorging. In de inkoop spreken zorgverzekeraars passende tarieven af met de hospices. Sommige zorgverzekeraars houden er in de inkoopafspraken ook rekening mee of zorgaanbieders de 6,6 uur extra verpleging en verzorging per patiënt waar gaan maken. Desalniettemin gaan de HCH er fors op vooruit ten opzichte van de tarieven in de wijkverpleging.

### **BTH's**

Een BTH is in beginsel een burgerinitiatief met vrijwilligers. Vrijwilligers zijn in belangrijke mate verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken. Een externe thuiszorgorganisatie levert de verpleegkundige en verzorgende zorg, vergelijkbaar met de thuissituatie. Professionals spelen enkel een aanvullende rol voor de noodzakelijke verpleegkundige of medische zorg. Voorheen werden deze uren op naam van de cliënt geïndiceerd en gedeclareerd. Op verzoek van zorgaanbieders die (medische) zorg in BTH's verlenen is afgesproken om te gaan werken met een dagtarief. Een wijkverpleegkundige levert namelijk aan meerdere cliënten zorg in hetzelfde huis. Een dagtarief is dan passender en zorgt voor minder administratieve lasten voor de wijkverpleegkundige. Het dagtarief is een gemiddelde prijs waarbij rekening is gehouden met variatie tussen patiënten en variatie per dag. Daarnaast is het gebaseerd op alle dagen zorg die de wijkverpleegkundigen aan alle patiënten in het huis hebben geleverd.

Het dagtarief scheelt administratie voor de zorgaanbieder, maar vraagt ook om inkomsten en uitgaven niet per dag of patiënt te bekijken, maar om te kijken naar het totaal per jaar.

Het dagtarief is geïntroduceerd om de administratieve lasten te verlagen, maar zorgverzekeraars laten weten de nodige signalen te ontvangen dat de introductie van het dagtarief verschillend uitpakt en soms tot onbedoelde problemen leidt. Dat lijkt te maken te hebben met de grote verschillen in schaal en wijze van organisatie tussen de Bijna Thuis Huizen. Er is bijvoorbeeld een beperkt aantal huizen met twee kamers en een beperkt aantal huizen met tien kamers, gemiddeld heeft een Bijna Thuis Huis vier tot vijf kamers. Er zijn huizen waar de wijkverpleegkundige een deel van de dag aanwezig is en ook huizen waar 24/7 wijkverpleegkundigen aanwezig zijn. Er zijn daarnaast ook huizen met veel vrijwilligers en huizen met weinig vrijwilligers. Bijna Thuis Huizen zien deze verschillen in schaal en wijze van organisatie ook en willen werken aan een toekomstbestendige organisatie en inrichting met passende zorg, maar dit heeft tijd nodig.

Zoals ik eerder heb aangegeven, heb ik zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en branches uitgenodigd om aan tafel te gaan om samen te bezien wat hier nu precies aan de hand is en in hoeverre dit een gerichte oplossing vraagt. Verzekeraars en andere partijen hebben hier gehoor aan gegeven en zijn met elkaar in gesprek om voor de korte termijn een oplossing voor de financiering te vinden en zijn ook in gesprek over de langere termijn om te voorkomen dat een situatie als vorig jaar zich opnieuw voordoet.

### Vraag 3

Deelt u de mening dat dit besluit niet uit te leggen is in de huidige context, waarbij de helft van de mensen niet sterft op de plaats van hun keuze, doordat de palliatieve zorg al enorm onder druk staat?<sup>4</sup>

### Antwoord 3

In het artikel staat dat de helft van de mensen die jaarlijks in Nederland komen te overlijden niet sterft op de plek waar ze op hadden gehoopt. Soms is daar niets aan te doen aldus het artikel: patiënten kunnen in het ziekenhuis onverwacht snel achteruitgaan of zorgverleners zijn niet op de hoogte van de stervenswens van de patiënt.

Ik vind het heel belangrijk dat mensen kunnen sterven op de plek van hun voorkeur. Mensen moeten op goede zorg en ondersteuning in de laatste levensfase kunnen rekenen en het moet passen bij hun situatie. Het regelen en vergoeden van stervenszorg gaat in heel veel gevallen goed. Tegelijkertijd weten we ook dat het niet altijd goed gaat. Dit betreur ik. Zoals aangegeven in mijn brief van 14 maart jl. heb ik zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en branches met elkaar in gesprek gebracht over de ontstane situatie naar aanleiding van de nieuwe tarieven en bericht ik u zo spoedig mogelijk over de uitkomst daarvan. Daarnaast werk ik aan verdere bewustwording over palliatieve zorg, zodat mensen tijdig nadenken over wat zij willen in de laatste levensfase en daarover praten met hun zorgverlener en naasten (publiekscampagne *Leven tot het laatste*). Ook werk ik aan betere samenwerking tussen alle bij de laatste levensfase betrokken ondersteuners en zorgverleners, zodat in gezamenlijkheid passende zorg en ondersteuning wordt geboden op de juiste plek en op het juiste moment (*Strategische agenda transformatie palliatieve zorg*).

### Vraag 4

Hoe reageert u op de uitspraak dat «onderzoek juist laat zien dat er in de toekomst meer hospices nodig zijn, vanwege onder andere vergrijzing en een minder groot sociaal netwerk»?

### Antwoord 4

Uit capaciteitsonderzoek, verricht binnen het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II), blijkt dat de verwachte prognose is dat in 2040 naar verwachting 647 bedden extra nodig zijn. In totaal zijn er de komende 3 jaar 157 extra bedden gepland bij 50 hospices, variërend van 1 tot 8 bedden per hospice. De meeste van deze uitbreidingen zijn gepland in de periode 2024–2027. Daarnaast zijn er 46 hospices die aangeven na te denken over uitbreiding, maar nog geen concrete plannen hebben. Via het project *Versterken Hospicezorg* is vorig jaar samengewerkt om knelpunten te signaleren en te zorgen voor voldoende beschikbare en kwalitatief goede hospicezorg op regionaal niveau.

Op dit moment zijn op basis van de resultaten vervolgacties gestart per regio. Zodat elke regio voldoende hospiceszorg beschikbaar heeft.

### Vraag 5

Wat is het resultaat van de gesprekken met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) en het Ministerie van VWS over de dreigende sluitingen van hospices?

### Antwoord 5

Het betreft hier de situatie van de Bijna Thuis Huizen. In mijn brief van 14 maart jl. heb ik u toegezegd u te berichten over de uitkomst van de gesprekken. Er bleken 7 casussen te zijn waarbij Bijna Thuis Huizen aangaven dat zij in financiële problemen kwamen. Deze casussen zijn in onderling overleg tussen partijen uitgezocht. De betreffende zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn met elkaar in gesprek en hebben de intentie om er samen uit te komen. Zoals ik hierboven schreef is tegelijkertijd geconstateerd dat er regionaal verschillende uitwerking wordt gegeven aan de vraag wat passende

<sup>4</sup> Volkskrant, 9 maart 2024, <https://www.volkskrant.nl/binnenland/ook-in-hun-allerlaatste-levensdagen-hebben-mensen-moeite-om-de-juiste-zorg-te-krijgen~b43a002d/>

zorg is in een Bijna Thuis Huis. Dit is ook een belangrijke uitkomst, die ook wordt betrokken bij de gesprekken over de langere termijn. Ik merk daarnaast op dat zorgverzekeraars geen afspraken maken met de huizen zelf, maar met de zorgaanbieders die de zorg in de huizen leveren, zoals de huisarts en de wijkverpleging. Als op lokaal niveau blijkt dat er sprake is van continuïteitsproblemen of andere knelpunten, is afgesproken dat het Bijna Thuis Huis zich bij zorgverzekeraars kunnen melden. Zodat zorgverzekeraars en het Bijna Thuis Huis gezamenlijk kunnen verkennen of en hoe de situatie opgelost kan worden.

In mijn brief van 14 maart jl. heb ik u toegezegd u te berichten over de uitkomst van de gesprekken. Bovenstaande is een deel van de uitkomst van de gesprekken. Zodra er meer duidelijkheid is, zal ik de Tweede Kamer verder informeren.

#### Vraag 6

Wat is er sindsdien concreet gebeurt om te voorkomen dat hospices omvallen? Welke acties zijn genomen en door wie?

#### Antwoord 6

In mijn brief van 14 maart jl. heb ik aangegeven dat ik zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en branches heb uitgenodigd om de tafel te gaan om te bezien wat hier nu precies aan de hand is en in hoeverre dit een gerichte oplossing vraagt. Die gesprekken zijn nu gaande. Inmiddels hebben partijen ook stukken ingebracht aan de hand waarvan deze gesprekken gevoerd gaan worden. In mijn brief van 14 maart jl. heb ik toegezegd u over de uitkomst van die gesprekken te berichten.

Daarnaast heeft bijvoorbeeld zorgverzekeraar Zilveren Kruis in een LinkedIn bericht<sup>5</sup> Bijna Thuis Huizen die tegen continuïteitsproblemen aanlopen opgeroepen contact op te nemen met Zilveren Kruis. Een mooi initiatief dat de betrokkenheid van Zilveren Kruis bij de palliatieve terminale zorg weergeeft.

#### Vraag 7

Deelt u de mening dat geen enkel hospice mag sluiten vanwege het verlagen van vergoedingen door de zorgverzekeraar?

#### Antwoord 7

Ja, in het licht van het uitgangspunt dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders van wijkverpleging onderling afspraken maken op basis van de principes van passende zorg zodat alle patiënten die palliatieve zorg nodig hebben zo goed mogelijk kunnen worden geholpen. Zorgverzekeraars zien in de praktijk nl. veel variatie in het aantal uren dat wordt geleverd, bij een vergelijkbare zorgvraag. Het is de taak van de zorgverzekeraar om de beschikbare personele capaciteit zo goed mogelijk over alle patiënten te verdelen, zodat iedereen die dat nodig heeft palliatief terminale zorg kan ontvangen. Als de zorg thuis niet meer verantwoord geleverd kan worden, dan moeten er voldoende volwaardige alternatieven zijn, waaronder Bijna Thuis Huizen en andere hospices. In mijn brief van 14 maart jl. heb ik aangegeven dat het uitgangspunt is dat de tarieven hiervoor geen belemmering zijn.

#### Vraag 8

Wat gaat u doen als de gesprekken met de achterban van zorgverzekeraars Nederland en Actiz een uitkomst hebben die anders is dan dat er geen enkele hospice zal omvallen vanwege lagere tarieven van zorgverzekeraars?

#### Antwoord 8

De gesprekken lopen nog. Zoals toegezegd in mijn brief van 14 maart jl. bericht ik u over de uitkomst van de gesprekken. In het antwoord op vraag 5 ga ik daar gedeeltelijk al op in. Zoals daar aangegeven, informeer ik de Tweede Kamer wanneer daarover verdere duidelijkheid is. Daarin zal ik ook ingaan op uw vraag over de invloed van de tarieven op de hospices.

<sup>5</sup> [https://www.linkedin.com/posts/anoukbaars\\_rol-bijna-thuis-huis-steeds-belangrijker-activity-7313209746688233473-3r7l?utm\\_medium=ios\\_app&rcm=ACoAAAFgOoQBI7plft0mAFcHlop5OhzjOBxyESU&utm\\_source=social\\_share\\_send&utm\\_campaign=whatsapp](https://www.linkedin.com/posts/anoukbaars_rol-bijna-thuis-huis-steeds-belangrijker-activity-7313209746688233473-3r7l?utm_medium=ios_app&rcm=ACoAAAFgOoQBI7plft0mAFcHlop5OhzjOBxyESU&utm_source=social_share_send&utm_campaign=whatsapp)

#### Vraag 9

Welke stappen gaat u zetten om de palliatieve zorg in het algemeen beter toegankelijk te maken?

#### Antwoord 9

Het kabinet heeft in het regeerprogramma opgenomen dat palliatieve en terminale zorg een vanzelfsprekend onderdeel moeten zijn van reguliere zorg. Ik vind het noodzakelijk dat palliatieve zorg in elke regio goed geregeld is.

Met behulp van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II)

– waarover ik u onlangs een uitgebreide brief<sup>6</sup> stuurde – wordt hieraan gewerkt. In dit programma wordt gewerkt aan transformaties in de regio door het Kwaliteitskader palliatieve zorg te implementeren. Hiervoor is de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg opgesteld. Deze transformatie betekent dat partijen (ziekenhuizen, hospices, huisartsen, wijkverpleging, zorgverzekeraars, etc.) per regio afspraken maken over hoe ze gaan zorgen dat zorgverleners tijdig de palliatieve fase markeren, dat zorgverleners tijdig en regelmatig gesprekken voeren met patiënten over hun wensen en grenzen in de palliatieve fase, dat zorgverleners met elkaar gaan samenwerken over de «muren» heen en dat zij zorgen dat bij complexe palliatieve zorg voldoende specialisten palliatieve zorg beschikbaar zijn. Het NPPZ II adviseert (de partijen in de) regio's over de transformatie en ondersteunt hen met informatie en instrumenten.

Daarnaast ga ik in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord afspraken maken over onder andere pro-actieve zorgplanning.

Ook is er bij Voorjaarsnota 2025 een extra bedrag, oplopend tot 17 mln euro structureel, toegevoegd aan de subsidieregeling palliatieve terminale zorg voor de inzet en het opleiden van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg.

---

<sup>6</sup> Brief van 17 december 2024, Kamerstukken II, 2024–2025, 29 509, nr. 93.